PCR等検査無料化の概要

別紙１

- 感染対策と日常生活の両立を図る手段として、「ワクチン・検査パッケージ」等の利用を促し、検査の受検を浸透させるため、健康上の理由等によりワクチン接種が出来ない者の検査を無料化。
- 感染拡大の傾向が見られる場合には、都道府県知事の判断により、自己の意思に基づく未接種者、ワクチン接種者を含め、幅広く感染不安などの理由による検査を無料化。

ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業については**令和３年度内**に限り実施　※内閣府資料より抜粋

別紙２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　両面印刷

岩手県ＰＣＲ等無料検査申込書

※原則、申込者本人が記載してください。　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

１　検査申込者（本人確認）

氏名：　　　　　　　　　　　　　住所：岩手県

電話番号：　　　　　　　　　　　メールアドレス：　　　　　　@

性別：　　　　　　　　　　　　　生年月日：

２　希望する検査（いずれかに☑を記入してください。）

□　１．抗原定性検査（検査後、20 分程度で検査結果をお渡します）
□　２．ＰＣＲ検査等（検査後、後日検査結果が上記住所に郵送されます）

３　検査利用回数

＿＿回　←　１．過去に利用した、無料検査の回数
＿＿回　←　２．１のうち、今月の利用回数

４　検査の目的（いずれかに☑を記入してください。）

□　１．飲食・イベント・旅行・帰省等の経済社会活動を行うため
　（ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等）
【証明書を利用するイベント等の概要・日付がわかる予約票等の掲示又は申立書の提出が必要です。】

□　２．感染不安があるため（**知事が受検要請をしている場合のみが対象**です。）

□　3. その他　→　**有料検査**

（確認・同意事項）　（**全てに☑を記入した場合のみが対象**となります。）

□　検査当日は発熱や体調不良等の状況ではありません
□　今回の検査が医療行為としての検査ではないことを理解しています
□　仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します
□　上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は岩手県から求めがあった場合には岩手県に提出されることがあること、かつ、陽性であった場合に管内保健所から連絡が入る場合があることについて同意します。

※１　ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほか、岩手県が必要と認める措置を講じる場合があります。

※２　次回の検査申込に当たっては、PCR 検査等の結果通知書等の有効期間が３日間とされていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が１日間とされていること等も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします

別紙２

両面印刷

受付事務局確認用フローチャート

※検査を受け付ける事業者が記載してください。（確認したところに☑を記入ください）

受付番号　No.

別紙２−１

（申込書別紙）

申立書

　私は、＿＿月＿＿日に、以下の活動（飲食、イベント、旅行・帰省等）を行うに当たり必要であるので検査を受検します。

（活動の概要）
※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。

活動：　飲食　／　イベント　／　旅行・帰省　／＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

詳細：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（確認事項）
□上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申立書は岩手県から求めがあった場合には岩手県に提出されることがあることについて同意します。

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙３

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに医療機関を受診してください。

□ 受検者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿（フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿）

□ 検体採取日※1 2022 年　　月　　日

□ 検査結果 陰性　・　陽性　・判定不能※2

□ 検査結果の有効期限※3 2022 年　　月　　日

□ 検査方法 PCR 検査等　・　抗原定性検査

□ 検体 唾液　・　鼻腔ぬぐい液

□ 使用した検査試薬又は検査キット名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※１　検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
※２　判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。
※３　有効期限：　PCR 検査等は採取日＋３日、抗原定性検査は検査日＋１日

□ 事業所名（又は検査所名）※4 ＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 検査管理者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※４　PCR　検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

□　速やかに受診・相談センターに電話し受診先について相談してください

電話番号　０１９－６５１－３１７５

（紙で発行する場合の記載例）

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに医療機関を受診してください。

□ 受検者氏名　　例：岩手　太郎　（フリガナ　イワテ　タロウ　）

□ 検体採取日※1　　202○ 年○月○日

□ 検査結果　　陰性　・　陽性　・判定不能※2

□ 検査結果の有効期限※3　　202○年○月○日

□ 検査方法　　PCR 検査等　・　抗原定性検査

□ 検体　　唾液　・　鼻腔ぬぐい液

□ 使用した検査試薬又は検査キット名　　○○　○○

※１　検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
※２　判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。
※３　有効期限：PCR 検査等は採取日＋３日、抗原定性検査は検査日＋１日

□ 事業所名（又は検査所名）※4　　例：岩手検査場

□ 検査管理者氏名　　例：岩手　次郎

※４　PCR　検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

□　速やかに受診・相談センターに電話し受診先について相談してください

電話番号　０１９－６５１－３１７５

【別紙４-1】ワクチン・検査パッケージ無料検査定期（週次）報告　　　　　　　　　　　　事業者名

※用紙サイズ【A4】

年月日	曜日	定着促進						一般検査				検査者合計		週合計		
		クチン未接		12歳未満		陽性者		PCR	抗原定性	陽性者						
		PCR	抗原定性	PCR	抗原定性	PCR	抗原定性			PCR	抗原定性			検査件数	陽性者	陽性率
R3.12.20	月															
R3.12.21	火															
R3.12.22	水															
R3.12.23	木															
R3.12.24	金															
R3.12.25	土															
R3.12.26	日															
R3.12.27	月															
R3.12.28	火															
R3.12.29	水															
R3.12.30	木															
R3.12.31	金															
R4.1.1	土															
R4.1.2	日															
R4.1.3	月															
R4.1.4	火															
R4.1.5	水															
R4.1.6	木															
R4.1.7	金															
R4.1.8	土															
R4.1.9	日															
R4.1.10	月															
R4.1.11	火															
R4.1.12	水															
R4.1.13	木															
R4.1.14	金															
R4.1.15	土															
R4.1.16	日															
R4.1.17	月															
R4.1.18	火															
R4.1.19	水															
R4.1.20	木															
R4.1.21	金															
R4.1.22	土															
R4.1.23	日															
R4.1.24	月															
R4.1.25	火															
R4.1.26	水															
R4.1.27	木															

年月日	曜日	定着促進				一般検査				検査者合計		週合計		
		PCR	抗原定性	陽性者		PCR	抗原定性	陽性者				検査件数	陽性者	陽性率
				PCR	抗原定性			PCR	抗原定性					
R4.1.28	金													
R4.1.29	土													
R4.1.30	日													
R4.1.31	月													
R4.2.1	火													
R4.2.2	水													
R4.2.3	木													
R4.2.4	金													
R4.2.5	土													
R4.2.6	日													
R4.2.7	月													

【別紙４-1】ワクチン・検査パッケージ無料検査定期（週次）報告　　　　事業者名

※用紙サイズ【A4】

年月日	曜日	定着促進						一般検査				検査者合計		週合計		
		クチン未接		12歳未満		陽性者		PCR	抗原定性	陽性者				検査件数	陽性者	陽性率
		PCR	抗原定性	PCR	抗原定性	PCR	抗原定性			PCR	抗原定性					
R4.2.8	火															
R4.2.9	水															
R4.2.10	木															
R4.2.11	金															
R4.2.12	土															
R4.2.13	日															
R4.2.14	月															
R4.2.15	火															
R4.2.16	水															
R4.2.17	木															
R4.2.18	金															
R4.2.19	土															
R4.2.20	日															
R4.2.21	月															
R4.2.22	火															
R4.2.23	水															
R4.2.24	木															
R4.2.25	金															
R4.2.26	土															
R4.2.27	日															
R4.2.28	月															
R4.3.1	火															
R4.3.2	水															
R4.3.3	木															
R4.3.4	金															
R4.3.5	土															
R4.3.6	日															
R4.3.7	月															
R4.3.8	火															
R4.3.9	水															
R4.3.10	木															
R4.3.11	金															
R4.3.12	土															
R4.3.13	日															
R4.3.14	月															
R4.3.15	火															
R4.3.16	水															
R4.3.17	木															
R4.3.18	金															
R4.3.19	土															
R4.3.20	日															
R4.3.21	月															
R4.3.22	火															
R4.3.23	水															
R4.3.24	木															
R4.3.25	金															
R4.3.26	土															
R4.3.27	日															
R4.3.28	月															
R4.3.29	火															
R4.3.30	水															
R4.3.31	木															

・【月曜日～日曜日】までの結果を、翌週水曜日までに報告ください(月～日に満たない途中経過のご報告は不要です)
・ご報告はエクセルファイルでお願いいたします。

【別紙４-1】ワクチン・検査パッケージ無料検査定期（週次）報告

事業者名　事業者名を必ず記載ください

※用紙サイズ【A4】

年月日	曜日	定着促進				一般検査				検査者合計	週合計		
		PCR	抗原定性	陽性者		PCR	抗原定性	陽性者			検査件数	陽性者	陽性率
				PCR	抗原定性			PCR	抗原定性				
R3.12.20	月												
R3.12.21	火												
R3.12.22	水												
R3.12.23	木												
R3.12.24	金												
R3.12.25	土												
R3.12.26	日												
R3.12.27	月												
R3.12.28	火												
R3.12.29	水												
R3.12.30	木												
R3.12.31	金												
R4.1.1	土												
R4.1.2	日												
R4.1.3	月												
R4.1.4	火												
R4.1.5	水												
R4.1.6	木												
R4.1.7	金												
R4.1.8	土												
R4.1.9	日												
R4.1.10	月												
R4.1.11	火												
R4.1.12	水												
R4.1.13	木												
R4.1.14	金												
R4.1.15	土												
R4.1.16	日												
R4.1.17	月												
R4.1.18	火												
R4.1.19	水												
R4.1.20	木												
R4.1.21	金												
R4.1.22	土												
R4.1.23	日												
R4.1.24	月												
R4.1.25	火												
R4.1.26	水												
R4.1.27	木												
R4.1.28	金												
R4.1.29	土												
R4.1.30	日												

実施した数を記載してください
実施していなければ「0」(数値のゼロ)を記載してください
「○」「ー」「×」のような実

検査結果が陽性の数を記載
陰性ならば「0」(数値のゼロ)を記載してください

検査を実施した合計数を記載してください
実施していなければ「0」(数値のゼロ)を記載してください

検査をしていない場合でも必ず「0」(数値のゼロ)を記載してください

【別紙４-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

※事業実施からトータルのNoを附番すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※用紙サイズ【A4】

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに○）		検査件数（該当するものに○）			結果（陽性の場合は○）
						PCR	抗原定性	定着促進		一般検査	
								ワクチン未接種	12歳未満	感染不安	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

令和4年1月28日以降

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに○）		検査件数（該当するものに○）		結果（陽性の場合は○）
						PCR	抗原定性	定着促進	一般検査	
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										

【別紙４-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告　　事業者名

※事業実施からトータルのNoを附番すること。　　※用紙サイズ【A4】

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに〇）		検査件数（該当するものに〇）			結果（陽性の場合は〇）
						PCR	抗原定性	定着促進		一般検査	
								ワクチン未接種	12歳未満	感染不安	
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											
81											
82											
83											
84											
85											
86											
87											
88											
89											
90											
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											

【別紙４-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

※事業実施からトータルのNoを附番すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※用紙サイズ【A4】

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに○）		検査件数（該当するものに○）			結果（陽性の場合は○）
								定着促進		一般検査	
						PCR	抗原定性	ワクチン未接種	12歳未満	感染不安	
99											
100											
101											
102											
103											
104											
105											
106											
107											
108											
109											
110											
111											
112											
113											
114											
115											
116											
117											
118											
119											
120											
121											
122											
123											
124											
125											
126											
127											
128											
129											
130											
131											
132											
133											
134											
135											
136											
137											
138											
139											
140											
141											
142											
143											
144											
145											
146											
147											
148											
149											

【別紙４-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

※事業実施からトータルのNoを附番すること。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※用紙サイズ【A4】

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに〇）		検査件数（該当するものに〇）			結果（陽性の場合は〇）
						PCR	抗原定性	定着促進		一般検査	
								ワクチン未接種	12歳未満	感染不安	
150											
151											
152											
153											
154											
155											
156											
157											
158											
159											
160											
161											
162											
163											
164											
165											
166											
167											
168											
169											
170											
171											
172											
173											
174											
175											
176											
177											
178											
179											
180											
181											
182											
183											
184											
185											
186											
187											
188											
189											
190											
191											
192											
193											
194											
195											
196											
197											
198											
199											
200											

・別紙4-1で報告した検査数と合致するように確認をお願いいたします。
・必ず別紙4-2も含めてご報告をお願いいたします。
・ご報告はエクセルファイルでお願いいたします。

【別紙４-2】ワクチン・検査パッケージ無料検査実施報告

事業者名　**事業者名を必ず記載ください**

※事業実施からトータルのNoを附番すること。

※用紙サイズ【A4】

No.	年月日	曜日	氏名	住所	過去に利用した無料検査の回数	接種区分（該当するものに○）		検査件数（該当するものに○）			結果（陽性の場合は○）
						PCR	抗原定性	定着促進		一般検査	
								ワクチン未接種	12歳未満	感染不安	
1	2021/12/28	月	岩手 太郎	岩手県盛岡市内丸10番1号	0		○	○			
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											